



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی قزوین

دانشکده دندانپزشکی

پایان نامه

جهت دریافت درجه دکترای دندانپزشکی

موضوع:

بررسی شیوع کانال دوم در دندانهای پره مولر فک پایین

استاد راهنما

جناب آقای دکتر حسین لباف

نگارش

ابوالفضل لبافان

سال ۷۸-۱۳۷۷

شماره پایان نامه: ۶۵

فصل هفتم

خلاصه و نتیجه گیری Conclusions & Summary

یکی از دلایل اصلی شکست درمانهای ریشه، دبریدمان نا کافی ریشه و یا پیدا نکردن کانال و عدم دبریدمان یک کانال ریشه در حین درمانهای اندو است. یکی از دندانهای که در طی درمان ریشه همواره مسئله ساز بوده است، دندانهای پره مولر فک پایین بخصوص دندانهای پره مولر اول مندیبل است. این دندانها علیرغم ظاهر ساده آنها از نظر دشواری کار پس از دندانهای مولر قرار می گیرند. (۱۹)

جهت بررسی آناتومی داخلی این دندانها مطالعه ای به شرح ذیل انجام شد:

۲۰۱ دندان پره مولر اول و دوم فک پایین (۱۲۸ دندان پره مولر اول و ۷۳ دندان پره مولر دوم)، پس از دکلسیفیکاسیون و تزریق جوهر هندی رنگ آمیزی شدند. سپس با استفاده از متیل سالیسیلات (Methyl Salicylate) شفاف شدند. آنگاه با استفاده از برش عمود بر محور طولی دندان به شش مقطع در مقاطع ۱، ۳، ۵، ۷، ۹، ۱۱ میلیمتری از آپکس دندان تقسیم شد. به این ترتیب تعداد ۱۲۰۶ نمونه توسط Stereomicroscope مورد مطالعه قرار گرفت. (تصویر ۵)

نتایج بدست آمده عبارتند از:

- ۱ - ۸۵/۹٪ از دندانهای پره مولر اول فک پایین و ۹۸/۶٪ از دندانهای پره مولر دوم فک پایین دارای یک کانال و بقیه یعنی ۱۴/۱٪ از دندانهای پره مولر اول فک پایین و ۱/۴٪ از دندانهای پره مولر دوم فک پایین دارای دو کانال بودند.

۲ - از بین دندانهای پره مولر اول فک پایین که دو کانال داشتند، ۵/۵٪ از آنها دارای

کانالهای دو شاخه ای بودند که به یک فورامن ختم گردید، (Type II). (تصویر ۸)

۳ - ۴/۷٪ دارای Type IV بودند، یعنی دو کانال از پالپ چمبر شروع و تا آپکس ادامه

داشت. (تصویر ۹)

۴ - ۳/۹٪ دارای Type V بودند، یعنی یک کانال از پالپ چمبر شروع و در آپکس به دو

فورامن ختم می گشت. (تصویر ۱۰)

۵ - در مورد دندانهای پره مولر دوم به میزان ۱/۴٪ دندانها از نوع Type V بودند. (تصویر ۱۱)

این انواع تیپ ها مطابق با تقسیم بندی آقای Vertucci بودند.

در معالجه ریشه دندانهای پره مولر فک پایین access باید در بعد با کولینگوالی وسیع

باشد تا اجازه اینسترومنت نمودن کانال لینگوالی در صورت وجود را بدهد. و همچنین

انحنای دادن به انتهای وسایل مورد استفاده به طرف لینگوال سبب می شود تا شانس

دسترسی به کانال لینگوالی بیشتر شود. همچنین اگر کانال لینگوالی وجود نداشت،

دیواره لینگوالی کانال منفرد به خوبی قابل تمیز کردن باشد. اگر کانال دو شاخه ای

وجود دارد بهتر است که کانال لیبیالی تا آپکس و کانال لینگوالی تا محل اتصال دو کانال

پر شود.

اگر برای درمان شکست، درمان اپیکواکتومی و یا درمان مجدد لازم است، عدم

توجه به وجود یک کانال دو شاخه و یا دو کانال مجزا ممکن است مراحل کار را

پیچیده تر کرده و باعث شکست درمان شود. پره مولرهای مندیبل دندانهای هستند که

ممکن است بیشتر از یک کانال یا ریشه داشته باشند این احتمال در پره مولر اول بیشتر از پره مولر دوم است. (۱۴)

ریشه ها یا کانالهای ریشه پره مولرهای مندیبل می توانند در مزیاال یا دیستال باشد. (۱۴)

به طور کلی تعداد ریشه ها و کانالها در پره مولرهای مندیبل با فرکانس مساوی در دو جنس یافت شدند، در خانمها پره مولر اول بیشتر این حالت را نشان می دهد، در حالیکه در مردان پره مولر دوم بیشتر درگیر می شود. (۱۴)

به طور کلی در مورد این دندانها قبل از رسیدن به درمان اندو باید مورفولوژی کانالهای ریشه را شناسایی کرد. احتمال یکی شدن کانالها در حین فایلینگ و پر کردن آنها باید مورد توجه قرار گیرند. دانستن این مطالب به دندانپزشک کمک خواهد کرد تا به یک درمان موفق دسترسی پیدا کند. (۱۸)

هدف اصلی از این بررسی کسب آگاهی از اشکال مختلف کانال ریشه در دندانهای پره مولر فک پایین بود که بر طبق جدول Vertucci، ۴ نوع تیپ شناسایی گردید. در مورد دندانهای پره مولر اول تیپ های I, Type II, Type IV, Type V. و در مورد دندانهای پره مولر دوم فک پایین دو نوع تایپ شناسایی شد (Type V, Type I).

چنانچه دندانهای پره مولر پایین نیاز به RCT (Root Canal Therapy) داشته باشند حتماً بایستی بنا را به وجود دو کانال گذاشته شود (بخصوص در مورد دندانهای پره مولر اول فک پایین)، مگر اینکه خلافتش ثابت شود.